

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

No

267

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Philippe TRAN-BA-HUY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Caïbé (Cochinchine), le 27 mars 1905

L'ANÉVRYSME CIRSOÏDE DE LA FACE

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1932

28

LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Philippe TRAN-BA-HUY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né a Calbé (Cochinchine), le 27 mars 1905

**L'ANÉVRYSME CIRSOÏDE
DE LA FACE**

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1932

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GREGOIRE.
Physiologie.	Léon BINET
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE
	MULON.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. . . Neurologie et Psychiatrie.
 CHAILLEY-BERT. . . Physiologie.
 AUBERTIN. Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) . . Pathologie médicale.
 SANNIE. Chimie biologique.
 BROCC. Pathologie chirurgicale
 BRULE. Pathologie médicale.
 CADENAT. Pathologie chirurgicale
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. . . . Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. Pathologie médicale.
 ECALLE. Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 Pathologie expérimentale.
 GASTINEL. Bactériologie.
 GATELLIER. . . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD. Histologie.
 HARVIER. Pathologie médicale.
 HOVELACQUE. . . Anatomie.
 HUTINEL. Pathologie médicale.
 JOANNON. Hygiène.
 LABBE (Henri). . . Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy). . . Pathologie médicale.
 Oto - rhino - laryngologie.
 HUGUENIN. . . . Anatomie pathologique
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. . . Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 HAZARD. Pharmacologie.
 MILLOT. Histologie.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale
 MOURE. Pathologie chirurgicale
 Histologie.
 OBERLING. Anatomie pathologique
 OLIVIER. Anatomie.
 PIEDELIEVRE. . . Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUENU. Pathologie chirurgicale
 RICHET. Physiologie.
 SEZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. . . . Obstétrique.
 VELTER. Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES. Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX. Obstétrique.
 LEROUX. Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
 RETTERER. Histologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI.Clinique médicale.
 CHIRAY.Clinique médicale.
 DEBRE.Clinique médicale.
 DUVOIR.Clinique médicale.
 BASSET.Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. Clinique chirurgicale.

MM.
 HEITZ-BOYER. ...Clinique chirurgicale.
 MATHIEU.Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT.Clinique chirurgicale.
 PROUST.Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ.Clinique chirurgicale.
 LE LORIER.Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL.Clinique obstétricale.
 METZGER.Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
sans chaire.		
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.
WEIL-HALLE.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PERE LE TONG-DOC
TRAN-BA-THO
ET DE MA MERE

En témoignage de tendresse et de piété filiale.

A MON FRERE
EMMANUEL TRAN-BA-TRINH

Dont le dévouement et la constante affection
m'ont permis d'achever mes études.
En témoignage de ma profonde gratitude.

A MES FRERES, JACQUES ET PIERRE

En témoignage de ma profonde affection.

AU DR ET MADAME A. THEDAUD

A MON ONCLE LE DOC-PHU MAU ET A MA TANTE

A MONSIEUR ET MADAME M. FRANCHINI

A MONSIEUR DENIS LE-PHAT-AN

A MONSIEUR ET MADAME St.-S. KLINGSLAND

A HANKA KLINGSLAND

A JANETTE RIOUAL

A MON PRÉSIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEMAITRE
PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHEF DU SERVICE DE LARYNGOLOGIE
DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Hommage de respectueuse gratitude pour le
grand honneur qu'il nous fait en acceptant la
Présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
D'ANGERS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE STOMATOLOGIE
ET DE CHIRURGIE
DENTAIRE D'ANGERS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU
PROFESSEUR DE CLINIQUE UROLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ B. FEY
CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR J. HAGUENEAU
MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR PARAF
MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR BRALEZ
MÉDECIN ASSISTANT DE SAINT-LAZARE

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR V. LE LORIER
ACCOUCHEUR EN CHEF A LA MATERNITÉ

En hommage de profonde gratitude pour sa
constante bonté à notre égard.

A MES MAITRES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. MOULONGUET
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DE L'HOPITAL BOUCICAUT

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous
a aidé de ses conseils avec une bienveillance
telle qu'elle constitue pour nous un lourd tribut
de reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUGET
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DE L'HOPITAL TROUSSEAU

En témoignage de notre vive gratitude pour
la bonté avec laquelle il nous a accueilli dans son
service et l'enseignement précieux que nous y
avons reçu.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMARIEY
ASSISTANT DE LARYNGOLOGIE A L'HOPITAL TROUSSEAU

MESSIEUR LES DOCTEUR PÉRIER, FERRAND
ET MASSIER

A MES MAÎTRES EN OPHTALMOLOGIE

MONSIEUR LE DOCTEUR POULARD

OPHTALMOLOGISTE DE L'HÔPITAL LARIBOSIÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. BAILLIART

MÉDECIN EN CHEF DE LA CLINIQUE NATIONALE
DES QUINZE-VINGTS

Qui a bien voulu nous accepter dans son service
des Quinze-Vingts, et nous a fait bénéficier de
son bienveillant enseignement.

MADAME LE DOCTEUR SCHIFF-WERTHEIMER

CHEF DE CLINIQUE AUX QUINZE-VINGTS

MONSIEUR LE DOCTEUR FIL

CHEF DE CLINIQUE AUX QUINZE-VINGTS

MONSIEUR LE DOCTEUR TILLÉ

CHEF DE CLINIQUE ADJOINT AUX QUINZE-VINGTS

MONSIEUR LE DOCTEUR GALLOIS

CHEF DE CLINIQUE ADJOINT AUX QUINZE-VINGTS

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'aider notre Maître, M. A. Moulonguet au cours d'une intervention pratiquée dans son service de l'Hôpital Boucicaut, portant sur un anévrysme cirsoïde de la région cervico-mentonnière, l'idée nous est venue de réunir dans un court travail les principales observations concernant l'anévrysme cirsoïde de la face, affection relativement rare, et d'étudier ainsi les idées actuelles sur cette question.

Volontairement nous nous sommes cantonné à la face, dont les différents territoires artériels et veineux sont parfois le siège de volumineux anévrysmes cirsoïdes.

Nous ferons cependant une place dans cette thèse aux deux observations d'anévrysme cirsoïde du plancher de la bouche signalées par MM. A. Hautant et Ombrédanne ; ce qui nous permettra d'étudier à la lumière des suggestions thérapeutiques de ces auteurs le traitement actuel de ces anévrysmes cirsoïdes.

Dépassant un peu le cadre de notre sujet, nous avons élargi la question des anévrysmes cirsoïdes de la face et nous avons ainsi abordé l'intéressante question des « *noevi vasculaires* » qui, très fréquemment s'accompagnent de tumeurs vasculaires intra-craniennes, vérita-

bles hémangiomes dont l'existence s'accompagne de complications oculaires.

Nous prions M. le Dr. Moulonguet — dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe pendant une année — de trouver ici l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a prodigué.

HISTORIQUE

Dénommé par John-Bell en 1815 : anévrysme par anastomose, par Dupuytren varice artérielle, parfois appelé angiome rameux, tumeur érectile, il est appelé anévrysme cirsoïde par Breschet, et il faut arriver à Terrier pour obtenir de cet anévrysme cirsoïde en général une définition vraiment magistrale.

Mais si cet anévrysme cirsoïde en général a toujours retenu l'attention des chirurgiens, l'anévrysme cirsoïde de la face en particulier, n'a jamais été étudié particulièrement, sauf ces dernières années où les observations de Hautant et Ombrédanne ont donné à la question un renouveau d'intérêt.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de collationner les principales observations recueillies dans la littérature médicale sur cette intéressante question de l'anévrysme cirsoïde de la face.

DEFINITION

Constitué par une dilatation, avec allongement des troncs, rameaux et ramuscules artériels et veineux d'un ou de plusieurs territoires vasculaires, l'anévrysme cirsoïde de la face résulte d'une communication anormale, permanente et multiple entre le système artériel et le système veineux, se faisant soit directement entre artérioles et veinules, soit par l'intermédiaire de capillaires dilatés.

Mais si cette facilité de communication entre les artères et les veines rapproche beaucoup l'anévrysme cirsoïde de la face de l'anévrysme artério-veineux ; il s'en distingue cependant par ce fait, que la communication artério-veineuse, unique dans l'anévrysme artério-veineux, est ici multiple et que, de plus, le siège exclusif de cet anévrysme, cirsoïde se trouve au niveau des petits vaisseaux et des capillaires dilatés sans jamais intéresser les gros troncs artériels et veineux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement : l'anévrisme cirsoïde de la face se présente sous l'aspect d'une tumeur centrale d'où partent en rayonnant de nombreux vaisseaux dilatés.

Seule la tumeur centrale constitue l'anévrysme proprement dit.

Extérieurement c'est une tumeur bosselée, de consistance mollasse, composée de vaisseaux dilatés, flexueux, moniliformes, pelotonnés en un lacis inextricable.

Microscopiquement : En coupe, la lésion offre un aspect aréolaire, ces cavités juxtaposées, de volume variable et pleines de sang, présentent des parois fusionnées entre elles par du tissu fibro-conjonctif dense. Il est difficile d'y différencier artères et veines.

Cependant il est certain que les artères ne sont pas les seules dilatées et que les veines aussi prennent une part importante à la formation de la tumeur.

Histologiquement : Les parois artérielles s'amincissent, perdant peu à peu leurs éléments élastiques et musculaires, tandis que les parois veineuses s'épaississent et que l'hypertrophie musculaire peut y devenir considérable. En un mot, les artères se veinisent tandis que les veines s'artérialisent.

La peau est souvent adhérente à la tumeur. Très souvent elle est verruqueuse, parsemée de noevi vasculaires. Parfois elle est même exulcérée.

Les os peuvent être également usés, érodés par l'anévrysme cirsoïde dont les vaisseaux afférents et efférents peuvent se creuser des gouttières dans l'os avant de rejoindre la tumeur anévrysmale.

Il arrive parfois que les os sous-jacents à la tumeur soient complètement détruits.

A côté de cette conception classique quant à la structure histologique de l'anévrysme cirsoïde de la face, il semble qu'il faille faire une part à l'heure actuelle à l'existence de lésions surtout d'endartérite, un peu moins de périartérite, pouvant prédominer au niveau des petits vaisseaux artériels et veineux issus de la tumeur anévrysmale. Parallèlement à ces lésions de la tunique vasculaire, on observe un développement énorme des capillaires servant d'intermédiaires entre les artérioles et les veines, très dilatées elles-mêmes.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

L'anévrysme cirsoïde de la face apparaît souvent à la suite d'un traumatisme, ainsi en est-il dans l'observation de Roux (de Brignolles) qui signale chez un jeune homme de 22 ans l'apparition d'un anévrysme cirsoïde typique de la face intéressant le territoire de la temporale superficielle survenu à la suite d'un traumatisme portant sur cette région — chute contre le rebord d'un trottoir.

Bien souvent l'anévrysme cirsoïde de la face peut survenir sur un angiome préexistant. Tel est le cas cité par Froelich d'un anévrysme cirsoïde du front survenu spontanément chez un jeune garçon de neuf ans.

Il s'agit alors essentiellement de ces angiomes rouges, à circulation active, véritables angiomes artériels selon l'appellation de Broca qui se transforment si volontiers en anévrysmes cirsoïdes,

Parfois il arrive que ces angiomes progressifs envahissent les tissus voisins, à la façon d'une tumeur maligne. Ces angiomes représentant vraisemblablement la transition entre l'angiome et l'anévrysme cirsoïde.

Après les traumatismes le développement des anévrysmes cirsoïdes semble difficile à expliquer ; sans doute

pourrait-on invoquer dans ces cas-là l'existence possible d'une phlébartérie préalable favorisant ainsi l'apparition de l'anévrysme cirsoïde.

Mais ce qui est plus fréquent, c'est la survenue d'un anévrysme cirsoïde venant compliquer l'évolution d'un anévrysme artério-veineux.

C'est en tout cas une affection qui se rencontre chez des sujets jeunes de 15 à 30 ans, indifféremment chez l'homme et chez la femme. Dans certains cas particuliers il semble qu'il faille tenir compte de la syphilis comme facteur étiologique.

SYMPTOMATOLOGIE

Quel que soit le siège de l'anévrysme cirsoïde de la face, il se présente sous forme d'une tumeur irrégulière composée de cordons noueux et entrelacés, visibles sous la peau.

Celle-ci peut-être normale, ou au contraire, épaissie, rugueuse, parfois ulcérée. D'autres fois, elle présente un aspect verruqueux ou angiomateux.

A jour frisant, l'anévrysme cirsoïde de la face apparaît douée de mouvements d'expansion et de battements.

Au palper on sent que la tumeur est formée par un amas de cordons flexueux entrelacés en un peloton inextricable donnant l'impression d'un paquet de « vers de terre ».

D'autre part la main qui palpe perçoit parfois un frémissement vibratoire systolique, sensation d'expansion comparable à un thrill analogue à celui qu'on rencontre dans l'Anévrysme artério-veineux, mais ici cette sensation d'expansion ne disparaît pas quand on comprime la tumeur en un point présumé être le siège de la communication artério-veineuse.

A l'auscultation, on entend un souffle plus ou moins fort, à renforcement systolique. Ce souffle se propage vers la périphérie de la tumeur anévrysmale.

Tout autour de la tumeur existent des dilatations veineuses sous forme de gros troncs variqueux, pendant que les artères se dilatent aussi et peuvent présenter parfois un véritable érétisme réalisant la « danse des artères ».

Les signes fonctionnels varient essentiellement selon le siège.

Lorsque l'anévrysme cirsoïde siège au voisinage de l'oeil ou du front, ce qui est le plus pénible, c'est le bruit de souffle qui peut gêner beaucoup le malade et le priver de tout repos, occasionnant une insomnie tenace, n'autorisant que de courts instants de repos au patient.

Ce souffle peut être traduit par le malade sous forme d'une onomatopée caractéristique.

La calorification et la sécrétion sudorale sont souvent troublées dans le territoire cutané atteint d'anévrysme cirsoïde.

Certains malades se plaignent de bourdonnements incessants du côté où siège l'anévrysme cirsoïde. D'autres souffrent de vertiges tellement violents qu'ils n'osent plus s'aventurer dans la rue.

Dans d'autres cas, c'est une sensation de gêne, de pesanteur, avec irradiations vers l'épaule du même côté.

Les troubles trophiques sont en général assez marqués lorsque l'anévrysme est ancien. La peau est alors œdémateuse et infiltrée. Parfois elle finit par s'ulcérer, donnant lieu à des hémorragies catastrophiques.

L'état général est peu touché au début. La tension artérielle est normale de même que le réflexe oculo-cardiaque,

Il y a peu de modifications du métabolisme.

Mais cette symptomatologie comporte des variantes selon le siège anatomique de l'anévrysme cirsoïde.

Ainsi dans l'anévrysme cirsoïde de la paupière supérieure il arrive que le malade vient consulter pour des symptômes oculaires tels qu'une poussée d'irido-choroïdite aiguë ou qu'un glaucome aigu (observation de Lagrange).

Dans de tels cas il est fréquent que le malade se plaigne de battements orbitaires coïncidant avec une céphalée intense ne cédant à aucun antinévralgique et résistant à toute thérapeutique rendant l'existence du malade vraiment misérable.

Vient-on à examiner le fond de l'oeil de ces malades, on peut leur trouver une papille légèrement congestionnée avec des veines plus tortueuses et plus grosses que d'habitude. Fréquemment l'oeil du côté atteint présente une hypermétropie de plus de trois Dioptries, hypermétropie relevant de la compression au niveau de l'hémisphère postérieur de l'oeil due à un anévrysme cirsoïde de l'orbite communiquant avec l'anévrysme de la paupière supérieure. L'auscultation de l'oeil permet d'entendre un souffle systolique. L'oeil peut être soulevé à chaque systole.

Dans d'autres cas tout à fait rares où parallèlement à un anévrysme cirsoïde local de la face coïncide un anévrysme cirsoïde intra-cranien, on pourrait observer l'installation d'une hémianopsie homonyme ou même d'une hémiplégie spasmodique du côté lésé (observation de Foster Moore).

C'est bien à propos de l'existence de ces hémangiomes intra-craniens que se pose la question de l'opportunité d'une radiographie systématique du crâne dans les cas d'anévrysme cirsoïde de la face.

En effet, la radiographie peut montrer parfois l'existence de noyaux calcifiés entièrement ou partiellement à la surface des hémisphères cérébraux, noyaux représentant le reliquat de tumeurs vasculaires intra-craniennes (observation de Foster Moore).

Mais si ces symptômes sont nets dans les anévrysmes cirsoïdes purs de la face ; il n'en est plus ainsi quand, sur l'anévrysme cirsoïde vient se greffer un anévrysme artério-veineux avec sa symptomatologie d'insuffisance cardiaque précoce traduisant la répercussion de l'affection d'une part sur le cœur, d'autre part sur la circulation périphérique.

FORMES CLINIQUES

De cet anévrysme cirsoïde de la face nous décrirons des formes cliniques selon le siège.

1° *L'anévrysme cervico-mentonnier*

C'est celui dont l'observation a servi de base à ce travail. Sa symptomatologie est en tous points calquée sur la symptomatologie typique de l'anévrysme cirsoïde, mais le seul point particulier de cette forme consiste dans une communication entre l'artère faciale et la tumeur anévrysmale ; de plus l'anévrysme peut dans son extension intéresser les loges sous-maxillaires et parotidiennes, poussant parfois des prolongements jusqu'au niveau du plancher de la bouche constitué par le plan aponévro-musculaire du mylo-hyoidien.

2° *L'anévrysme cirsoïde de la région temporale.*

Très fréquent et dont l'évolution s'accompagne habituellement de douleurs à type de céphalée ou d'hémicranie, de bourdonnements et de vertiges.

3° *L'anévrysme cirsoïde de la paupière supérieure.*

Communiquant souvent avec un anévrysme rétro-globulaire développé aux dépens de l'ophtalmique et s'accompagnant d'exophtalmie, de battements intra-

orbitaires, ainsi que de diverses complications oculaires, telles qu'une irido-choroïdite ou qu'un glaucome nécessitant un traitement médical d'urgence, ponction anti-glaucomateuse associé à un traitement médical anti-infectieux.

4° *L'anévrysme cirsoïde.*

Survenant sur un anévrysme artério-veineux, soit spontanément, c'est rare, beaucoup plus souvent à la suite d'un traumatisme créant plusieurs points de communication dans la tumeur anévrysmale artério-veineuse déjà installée.

Mais la symptomatologie de cette forme clinique est plus complexe du fait de l'intrication des symptômes des deux variétés, artério-veineuse d'une part, cirsoïde d'autre part.

Ce qui en fait son intérêt, c'est bien son pronostic, beaucoup plus grave du fait de la défaillance cardiaque très précoce ici.

5° *L'anévrysme cirsoïde de la langue et du plancher de la bouche.*

Évoluant sous forme d'une tumeur expansive, soufflante et siège d'un thrill typique, pouvant être toléré pendant longtemps, évoluant d'autre fois comme une tumeur maligne et commandant alors un traitement d'urgence comme chez la jeune malade de l'observation de MM. Ombrédanne et Lecourt.

DIA GNOSTIC

Le diagnostic positif de l'anévrysme cirsoïde est chose relativement facile. On le reconnaîtra à ses battements, à l'expansion qui l'accompagne, décélée par le palper, au souffle systolique d'existence constante, perçu à l'auscultation.

A côté de ces signes majeurs, il en est d'autres variables selon le siège de l'anévrysme cirsoïde.

Tantôt ce sont des bourdonnements, des vertiges, d'autre fois une céphalée persistante, irréductible à tout essai thérapeutique. Parfois enfin il faut accorder une certaine valeur à des douleurs, certes d'installation tardive au cours des anévrysme déjà vieillis, mais pouvant être aussi d'apparition très précoce.

Le diagnostic différentiel se pose avec :

a) La dilatation serpentine des artères chez les gens âgés et artério-scléreux, mais on trouve chez eux une dilatation constante des artères, notamment des humérales, de la temporale superficielle endurcie, flexueuse en tuyau de pipe, d'autre part, dans ce cas, il n'y a point de tumeur localisée.

b) L'encéphalocèle.

Diagnostic difficile d'autant plus qu'il s'accompagne

parfois d'angiome de la face, mais ici la sensation au palper est toute différente.

c) L'angiome à circulation active.

A pulsations très marquées, qui peut simuler à s'y méprendre l'anévrisme cirsoïde de la face au point que la différenciation entre les deux affections reste une chose impossible d'autant que l'on est en droit de se demander si l'angiome rouge ne constitue pas le prélude d'un anévrisme cirsoïde de la face.

d) L'anévrisme artério-veineux enfin.

Qui présente de nombreux points communs avec l'anévrisme cirsoïde de la face, mais il faut se souvenir que dans l'anévrisme cirsoïde de la face il est presque toujours impossible de faire cesser les battements en comprimant un seul point de la tumeur au niveau même de la communication artério-veineuse - signe de Terrier mais, si schématiquement la différenciation entre les deux affections semble chose facile, il y a des cas où les deux affections s'intriquent rendant le diagnostic différentiel très difficile.

Quant au diagnostic étiologique, il semble qu'il faille retenir comme causes favorisantes de l'anévrisme cirsoïde les traumatismes répétés favorisant l'apparition de la tumeur anévrysmale aux dépens des territoires vasculaires fragilisés parfois par des lésions d'endarterite de nature peut-être spécifique.

EVOLUTION

Son évolution va être essentiellement variable. Parfois très lente, influencée essentiellement par les périodes de la vie génitale de la malade. Très souvent l'anévrysme cirsoïde apparaît lors de l'installation des premières règles, augmente progressivement influencé dans son développement par le cycle menstruel comme aussi par la grossesse, l'accouchement et le sevrage.

L'anévrysme cirsoïde, d'autre part, peut évoluer d'une façon latente pendant plus ou moins longtemps, mais, de toute façon, cette évolution reste dominée par la survenue possible d'hémorragies répétées, d'abord petites, parfois dangereuses.

L'évolution de l'anévrysme cirsoïde de la face associé à l'anévrysme artério-veineux est très intéressante à étudier du fait du retentissement précoce sur la circulation périphérique d'une part, sur le cœur d'autre part, de cette affection.

Chez ces malades en effet, le cœur droit a tendance à se dilater sous l'influence de la tension veineuse, cependant que le cœur gauche s'hypertrophie pour compenser la fuite artérielle périphérique.

La tension artérielle est fréquemment élevée chez

eux. Le pouls reste normal, parfois légèrement accéléré.

En définitive l'évolution de cette forme compliquée se fera vers l'asystolie terminale.

Mais il ne faut jamais renoncer à la cure chirurgicale de cet anévrysme cirsoïde compliqué d'anévrysme artérioveineux, même dans les cas en apparence les plus compromis car on peut opérer avec succès des malades, même en pleine asystolie (Grégoire et Leriche).

L'asystolie en effet semble d'origine avant tout mécanique chez ces malades et nullement conditionnée par une altération de la fibre cardiaque, aussi à la suite de l'intervention, observe-t-on souvent sinon une guérison fonctionnelle radicale, du moins une amélioration considérable.

Abandonné à lui-même l'anévrysme cirsoïde de la face n'a aucune tendance à guérir spontanément, aussi son évolution reste-t-elle conditionnée essentiellement par l'intervention chirurgicale.

TRAITEMENT

Classiquement on avait essayé tour à tour, tantôt la compression des artères carotides externes, tantôt on avait recours à l'acu-puncture, à l'igni-puncture, sans oublier l'électrolyse (P. Laurens, *Ann. des mal. or.* 1908).

La diathermo-coagulation Poyet *Ann.* 1906.

La radiothérapie préconisée par Bloch et Lemoine en 1929.

Tout récemment reprenant les injections coagulantes déjà préconisées par Terrier - in thèse d'agrégation 1871, MM. Hautant et Ombrédanne ont pratiqué avec succès, et sans aucune complication d'embolies, des injections sclérosantes de quinine urée en solution à 7,50 %, après ligature préalable des vaisseaux afférents à la tumeur anévrysmale, dans un cas d'anévrysme cirsoïde de la langue et du plancher de la bouche.

La seule méthode rationnelle reste cependant l'extirpation avec hémostase de proche en proche.

Au point de vue du manuel opératoire l'extirpation ne doit porter que sur l'anévrysme lui-même, l'ablation de la tumeur anévrysmale entraînant automatiquement l'affaissement des dilatations artérielles et veineuses afférentes et efférentes.

On peut éventuellement recourir au couteau diathermique dont le seul avantage réside dans la moindre fréquence des hémorragies au cours de l'intervention.

Dans le classique anévrysme cirsoïde de la face on lie préventivement la carotide externe du côté où siège la tumeur, en y adjoignant aussi celle de la jugulaire interne.

Mais avant de porter le malade sur la table d'opération, il importe de lui faire un traitement au coagulène, ou mieux encore, de petites transfusions à l'effet de modifier favorablement son coefficient de coagulation sanguine.

On enlèvera la tumeur anévrysmale à la demande des lésions. Il arrive qu'on soit amené à sacrifier des éléments musculaires ou glandulaires adhérents à l'anévrysme cirsoïde.

Les résultats opératoires sont en général excellents et les suites opératoires fort simples ; mais si dans la majorité des cas, la tumeur anévrysmale ne récidive pas in situ, il convient néanmoins de réserver le pronostic ultérieur du fait de l'apparition éventuelle d'un anévrysme cirsoïde survenant sur un territoire voisin, facilité peut-être par des lésions d'endartérite latente.

OBSERVATION

Due à l'obligeance de MM. A. MOULONGUET ET QUÉRIAU

Madame Lechev... âgée de 21 ans, s'est présentée pour la première fois à notre consultation de Boucicaut, le 23 novembre 1931, pour une volumineuse tuméfaction de la région cervico-mentonnaire droite.

Cette jeune femme, qui a toutes les apparences d'une santé florissante, ne présente rien de spécial dans ses antécédents ; elle a quatre frères et une soeur en bonne santé.

C'est vers l'âge de neuf ans que pour la première fois ses parents remarquèrent l'existence d'une tumeur dans la région mentonnaire droite ; cette tumeur de la taille d'une petite noisette était absolument indolore et un médecin consulté conseilla l'expectative.

Au moment de l'apparition des règles à 12 ans, la tumeur augmenta de volume ; vers quinze ans, au cours d'une période d'aménorrhée qui dura six mois : nouvelle augmentation de la tumeur qui tend à se développer vers le cou.

Mme Lechev... se marie à 18 ans et une grossesse survenue quelques mois après entraîne un développement assez rapide de la masse cervico-mentonnaire qui

augmente encore après l'accouchement et après le sevrage de l'enfant ; depuis cette époque, il y aurait eu une certaine régression de la tumeur.

L'apparition de vagues douleurs dans la région mentonnière droite et probablement aussi un souci de coquetterie l'incitent à venir consulter.

Les symptômes fonctionnels sont réduits au minimum ; la jeune femme accuse une sensation de gêne, de pesanteur dans la région cervico-mentonnière droite avec quelques légères irradiations vers la tempe droite ; ces sensations sont inconstantes, exagérées par les causes de congestion de la tête ; parfois aussi la malade ressent de légers bourdonnements localisés à l'oreille droite, synchrones aux pulsations artérielles.

En examinant la malade on est immédiatement frappé par l'asymétrie de sa face ; il existe en effet une volumineuse tuméfaction du segment inférieur de l'hémiface droite, tuméfaction qui se prolonge dans la région sous-maxillaire ; au niveau de la face externe de la branche horizontale du maxillaire inférieur sur une surface arrondie dont le diamètre est environ de 4 centimètres, la peau est rouge violacée et fortement vascularisée.

De ce point central divergent en tête de méduse une série de vaisseaux qui dessinent leur relief sur la peau et vont se perdre à une certaine distance. Les limites de la masse sont peu nettes et se fondent insensiblement avec les régions saines : en haut la tumeur reste à deux travers de doigt de l'os malaire ; en avant elle dessine une ligne courbe qui passe à un travers de doigt de la com-



missure buccale puis s'avance jusqu'à deux centimètres de la symphise mentonnière. Quand la malade relève la tête, on constate que la tuméfaction soulève la région sous-maxillaire droite ; en arrière, elle arrive jusqu'à l'angle du maxillaire.

Lorsque la masse est examinée à jour frisant, il est facile d'observer ses mouvements synchrones aux pulsations artérielles. La palpation, qui est absolument indolore, décèle une consistance molle ; en outre, on constate que la tuméfaction se compose de deux parties tout à fait distinctes, l'une mentonnière, l'autre cervicale.

La partie mentonnière présente un mouvement d'expansion qui soulève la main ; elle est en partie réductible et une pression soutenue la fait diminuer de moitié environ ; en certains points la présence de vaisseaux donne la sensation classique de « vers de terre », les limites de la tuméfaction sont très difficiles à préciser.

Au niveau du bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire, la tuméfaction change de caractère ; sa consistance diminue, elle devient complètement réductible et enfin, fait capital, on perçoit un thrill intense, continu et à renforcement systolique ; cette partie de la tuméfaction présente les dimensions d'un œuf de pigeon. L'auscultation au sthétoscope permet d'entendre un bruit de rouet intense dont le maximum se trouve en ce point, mais qui se propage à une certaine distance, surtout à la partie inférieure et latérale du cou.

En comprimant la carotide primitive, le thrill disparaît.

La peau qui recouvre cette portion inférieure de la

tuméfaction est d'apparence sensiblement normale et peut être facilement mobilisée sur elle ; il n'y a en ce point aucune adhérence. Au contraire, plus haut dans la région mentonnière, la peau est fortement adhérente à la masse sous-jacente.

A noter, par contre que l'ensemble de la tuméfaction paraît mobile sur les plans profonds.

La palpation du cou ne décele aucun ganglion, mais on constate une certaine hypertrophie de la glande thyroïde.

Les symptômes généraux sont nuls.

Du côté du cœur on ne constate aucune altération ; un orthodiagramme ne révèle aucune anomalie. Les pouls est à 80. Tension artérielle 8-12.

Réflexe oculo-cardiaque normal (le pouls passe de 80 à 68).

La réaction de B W est négative.

La radiographie ne montre pas d'altération au niveau de la branche horizontale du maxillaire inférieur.

Le 29 novembre 1931, on intervient sous anesthésie locale par infiltration, associée à l'anesthésie tronculaire au niveau des apophyses transverses des quatre premières vertèbres cervicales.

Incision cervicale de ligature de la carotide externe, sur laquelle on branche un peu au-dessus de sa partie moyenne une contre-incision perpendiculaire qui croise la partie inférieure de la tuméfaction anévrysmale et vient se terminer sur le milieu de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Une troisième incision, longue de sept centimètres, court parallèlement à ce bord infé-

rieur. L'ensemble des incisions cutanées a la forme d'un H à branches obliques.

Ligature de la carotide externe, puis de la jugulaire interne au-dessus et au-dessous du tronc thyrolaryngofacial ; on sectionne le segment intermédiaire de la jugulaire interne et l'on dissèque les troncs veineux afférents en se portant en haut et en avant vers la masse anévrysmale ; on arrive sur la capsule de la loge sous-maxillaire que l'on ouvre et l'on constate que la glande est refoulée en bas et en avant par une masse arrondie à parois bleuâtres, grosse comme une noix, qui est évidemment la poche veineuse très dilatée d'un anévrysme artério-veineux ; à noter que le thrill a disparu depuis la ligature de la carotide externe ; il est impossible de séparer cette poche veineuse de la glande sous-maxillaire que l'on se décide à sacrifier. En l'attirant en bas et en avant, on aperçoit l'artère faciale que l'on sectionne après ligature ; la poche veineuse se détache facilement des plans profonds ; on sectionne le prolongement sublingual de la glande sous-maxillaire et l'on récline en haut et en avant la masse constituée par la poche veineuse, l'artère faciale et la glande sous-maxillaire jusqu'à ce qu'on arrive au niveau du bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire inférieur.

A ce moment on continue l'opération sous anesthésie générale à l'éther.

On passe sous la masse anévrysmale en tâchant de garder le contact osseux en avant, aponévrotique en arrière ; on passe ainsi à travers une épaisse masse fibro-conjonctive qui forme le soubassement de la tumeur

anévrismale et qui saigne abondamment ; on atteint la limite supérieure de l'anévrisme ; rapidement du fait de l'hémorragie abondante, on fait une incision curviligne de la peau à concavité inférieure, incision arciforme dont la corde est constituée par la précédente incision, parallèle au rebord osseux du maxillaire inférieur ; on résèque la demi-lune de peau ainsi isolée, et toute la masse anévrismale qui lui adhère intimement. Hémostase. Suture.

Suites très simples. La malade quitte l'hôpital au huitième jour.

En disséquant la pièce opératoire, on constate que l'artère faciale communique par un étroit pertuis de un millimètre environ de diamètre avec la poche veineuse ; autour de cette communication, artère et veine sont intimement adhérentes sur une certaine étendue.

II. — OBSERVATION DE CHALOT

Il s'agit d'un homme de 56 ans, amené d'urgence, en août 1892, pour hémorragies graves, survenues spontanément par ulcération d'une tumeur sise au côté gauche de la face.

Cette tumeur aurait débuté dès la naissance par une petite tache rosée de la paupière supérieure. Il y aurait eu, il y a vingt ans, une première hémorragie qui s'arrêta d'elle-même, suivie d'autres hémorragies survenant tous les cinq à six mois.

La tumeur aurait augmenté de volume surtout depuis deux ans, devenant le siège de *bruits insupportables*.

Il y avait deux mois, l'œil gauche était entièrement fermé du fait de l'énorme développement des paupières, surtout de la paupière supérieure. En mai 1892, le malade est forcé de cesser son travail à cause des douleurs et de la sensation de pesanteur occasionnée par la tumeur.

A son entrée à l'hôpital, il se plaignait de bourdonnements, d'obnubilations, de défaillances, épuisé par ses souffrances antérieures et les hémorragies des jours précédents.

La tumeur était oblongue, à grand diamètre vertical, haute de 15 centimètres, large de 10 à 11 centimètres, du volume du poing, nettement pulsatile sur toute sa surface bosselée, en partie réductible.

Elle occupait principalement les deux paupières gauches, s'étendait en haut, jusqu'au dessus de la bosse frontale gauche, en bas, jusqu'au niveau du bord inférieur de l'aile du nez, à droite jusqu'au versant gauche du nez, à gauche jusqu'à mi-tempe et faisant entièrement corps partout avec les parties sous-jacentes.

La peau rouge-violacée, exulcérée et suppurante par places, généralement très amincie, recouvrait la surface. Elle présentait des mouvements d'expansion, des pulsations et une consistance pâteuse.

On y percevait un thrill des plus nets.

Le frontal était pour ainsi dire raviné par usure au-dessus de l'arcade sourcilière gauche.

A l'auscultation, souffle violent avec renforcement sys-

tolique autour de la tumeur vers laquelle convergeaient des varices artérielles tortueuses provenant de la temporale superficielle gauche, de la nasale, de la sus-orbitaire, de la temporale superficielle antérieure droite.

De pareils symptômes imposaient le diagnostic de *l'anévrysme cirsoïde*.

Pour combattre cette redoutable affection et empêcher le retour des hémorragies, M. Chalot fit immédiatement la ligature des carotides externes.

La tumeur cessa de battre aussitôt et s'affaissa sensiblement en même temps que les téguments qui la recouvraient prirent une teinte plus pâle.

Suites opératoires excellentes.

En février 1893, les hémorragies n'avaient pas reparu, mais comme les battements recommençaient dans la tumeur, l'auteur lia la carotide gauche, sans aucun accident cérébral. Cessation des pulsations.

Trois ans plus tard, en mars 1896, M. Chalot a présenté ce malade à ses élèves.

A cette époque la région orbito-palpébrale gauche est toujours occupée par une masse œdémateuse, mais cette masse n'a plus que le volume d'un petit œuf de poule et ne mesure guère plus de cinq centimètres en hauteur sur quatre de largeur.

Elle est formée en son tiers inférieur par la paupière inférieure simplement œdématiée; en son tiers supérieur par des varices quasi-veineuses; nulle part la moindre pulsation, le moindre frémissement vibratoire, le moindre bruit de souffle.

Le poulx est à peine sensible sur le tronc de l'artère

temporale superficielle gauche au devant du tragus et ne se perçoit plus à la moitié antérieure de la tempe ; il est un peu moins faible sur l'artère homologue droite au point symétrique et on peut le suivre encore, mais mourant peu à peu, sur la branche antérieure jusqu'au front. L'artère faciale est imperceptible à gauche, elle bat très faiblement à droite.

En résumé, l'anévrisme cirsoïde primitif n'a pas disparu complètement comme tumeur, mais il a perdu les deux tiers de son volume et tous ses caractères artériels, si bien que le malade n'a plus eu d'hémorragie spontanée, qu'il n'est plus incommodé par des douleurs, par des bruits vasculaires, par une sensation de pesanteur et qu'il peut gagner sa vie en travaillant comme jadis avec la seule précaution de porter un bandeau protecteur au devant de la tumeur.

A l'occasion de ce succès chirurgical, M. Chalot a exposé quelle devait être selon lui la conduite chirurgicale en présence de l'anévrisme cirsoïde de la tête.

Avec les classiques il laisse de côté les injections coagulantes ou sclérogènes, l'ignipuncture, l'électrolyse qu'il ne regarde que comme des adjuvants ou des succédanés de l'excision sanglante, méthode de choix.

Mais cette excision sanglante ne semble pas toujours applicable. Il existe des contre-indications telles que :

1^o Une grande étendue, un gros volume de la tumeur, en raison des dangers qu'entraîne l'opération dans ce cas ;

2^o Le siège régional quand l'excision risque d'entraîner des mutilations, des déformités ;

3° Le siège artériel si l'anévrysme se trouve au point d'abouchement des deux carotides, l'excision ne paraît alors ni prudente, ni suffisamment conservatrice, à moins que l'œil ne soit déjà perdu ;

4° Un état d'anémie aiguë ou chronique qui ne permet pas au malade de subir impunément la perte de sang qui peut accompagner l'excision, malgré l'outillage perfectionné dont on dispose pour l'hémostase extemporanée.

Dans ces conditions particulières, M. Chalot préfère recourir à la ligature bilatérale et simultanée des carotides. Il faut seulement substituer à la ligature de la carotide primitive celle de la carotide externe, toutes les fois que cela est anatomiquement possible.

Il faut aussi se conformer aux préceptes suivants :

Lier les deux carotides externes dans la même séance, si l'anévrysme siège exclusivement dans le domaine carotidien externe ; ou bien lier la carotide primitive du côté le plus affecté ou seul affecté et la carotide externe de l'autre côté, toujours dans la même séance, si l'anévrysme siège principalement au devant de l'œil, c'est-à-dire à l'union des deux domaines carotidiens internes et externes.

On peut toujours compléter ultérieurement s'il y a lieu, l'action de la ligature bilatérale et simultanée par l'emploi d'une autre méthode de traitement : excision, ignipuncture, électrolyse, injections sclérogènes.

ANEVRYSME CIRSOIDE DU FRONT

III. — OBSERVATION DE FROELICH

Il s'agit d'un garçon de neuf ans, atteint d'une tumeur siégeant à la partie supérieure du front, à droite ; cette tumeur est grosse comme une noisette, mollassse, réductible par la compression et pulsatile.

D'elle, part une grosse artère qui l'entoure partiellement, puis, formant de nombreux méandres, va aboutir à l'artère temporale dilatée.

La compression de cette artère fait cesser les battements de la tumeur.

La peau sur la tumeur est saine et le frontal sous-jacent intact.

Il s'agit d'un *anévrisme cirsoïde*.

La cause est due à une dilatation anormale d'un territoire artériel et à son abouchement large avec un territoire veineux correspondant.

Son origine est attribuée à un traumatisme qui aurait produit une sorte d'anévrisme artério-veineux.

L'auteur admet volontiers la transformation d'un angiome péexistant en tumeur cirsoïde, selon l'opinion de Broca et Quénu.

La marche de cet anévrysme est progressive, les artères qui y aboutissent deviennent de plus en plus grosses et serpentineuses ; la tumeur peut s'ouvrir sous l'influence d'un choc ou d'une ulcération, et des hémorragies graves peuvent s'ensuivre.

Les anciens traitements : compression, ligature, à distance des artères, injections coagulantes, cèdent le pas actuellement à l'extirpation : traitement de choix. C'est lui que l'auteur applique.

L'opération a été pratiquée, la tumeur a été circonscrite par une incision ovale, et l'artère temporale liée préalablement à une des extrémités de l'incision, l'extirpation fut faite jusqu'à l'os frontal, en enlevant une portion du muscle frontal. Trois autres artères durent être liées au cours de l'intervention.

Sutures. Réunion par première intention.

IV. — OBSERVATION ROUX (DE BRIGNOLLES)

M. Roux eut à soigner, en mai 1894 un garçon de 22 ans, Faustel Etienne, porteur d'une tumeur cirsoïde volumineuse de la région temporale droite.

Cette tumeur, qui présentait d'ailleurs tous les symptômes classiques, des tumeurs cirsoïdes, tumeur pulsatile, thrill, souffle continu à renforcement systolique etc ... s'était développée depuis l'âge de six ans. Ce garçon était tombé de sa hauteur et la tête avait porté contre l'angle d'un trottoir.

Presque aussitôt la tumeur s'était développée et avait acquis un volume à peu près égal à celui qu'elle présentait en mars 1894.

Néanmoins le malade ne s'en serait point inquiété si des hémorragies n'étaient survenues en février 1894. C'est à la suite de ces hémorragies qu'il vint consulter le chirurgien.

Au moment où M. Roux l'examinait, ce garçon présentait, outre cette tumeur cirsoïde temporale, une dilatation anévrysmale, placée sur le trajet de la temporale superficielle droite, du volume d'une noisette, et des dilatations serpentinees sur les régions frontale et sous-orbitaires droites. De plus l'auteur insiste particulièrement sur les deux faits suivants :

1° Au niveau de la pommette gauche, au-dessus du sourcil et dans la région temporale gauche, on trouvait de petites dilatations artérielles.

2° L'auscultation de l'œil droit laissait entendre un souffle continu, avec renforcement, preuve de la communication de la tumeur avec la circulation intra-cranienne (ophtalmique et ses branches).

M. Roux fit le 1^{er} avril 1894 l'ablation de la tumeur cirsoïde temporale en la circonscrivant par une incision elliptique.

Il l'enleva et mit à découvert l'aponévrose du temporal qui était saine, puis après ligature des quatre branches artérielles, il sutura la plaie. Opération précédée de la ligature de la carotide externe du côté correspondant. Au bout de quinze jours, guérison. Affaissement des diverses dilatations signalées plus haut du côté droit.

Mais on continue à percevoir à l'auscultation de l'œil droit le souffle continu à renforcement.

Mais le malade revu en juillet 1894, présente une dilatation énorme de ses vaisseaux du côté gauche et des dilatations serpentineuses égales en volume à celles qui ont disparu à droite. Elles sont placées dans les régions frontales et temporales gauches, présentent un souffle continu à renforcement, donnent le phénomène de thrill, et donnent naissance, à un bruit de rouet insupportable pour le malade.

L'auscultation de l'œil gauche donne, elle aussi, un souffle continu à renforcement. Or cet état de chose s'est maintenu en augmentant jusqu'à ce jour.

M. Roux signale que si le côté droit reste complètement guéri, le côté gauche est aussi malade que l'était autrefois le côté droit.

Histologiquement la tumeur ne présentait pas de communication artério-veineuse traumatique siégeant en un point limité non plus que de *nœvus* établissant cette communication entre les deux ordres de vaisseaux.

En résumé, le fait capital réside ici dans l'existence, dans les vaisseaux de petit et moyen calibre, comme dans l'artère principale d'un peu de périartérite et beaucoup *d'endartérite*.

L'énorme allongement des capillaires et l'absence de communication directe entre les artères et les veines permettent de conclure à une tumeur cirsoïde constituée par un amas de vaisseaux artériels et veineux, ayant une paroi modifiée dans sa couche intime mais très reconnaissable au microscope, les capillaires dilatés servant d'intermédiaires entre les artérioles et les veinules.

M. Roux conclut donc à l'existence d'une maladie inflammatoire portant sur le réseau capillaire, que son opération, — ablation de la tumeur temporale, et ligature de la carotide externe — aurait guéri du côté droit, sans empêcher la même maladie d'évoluer et d'augmenter du côté gauche.

V. — OBSERVATION PLUYETTE ET COUSIN

ANÉVRYSME CIRSOIDE DE LA RÉGION FRONTALE (*Observation résumée*).

Le malade de cette observation présente ceci d'intéressant que son affection date de plus de 28 ans et que l'un des auteurs a pratiqué quatre ligatures artérielles il y a près de treize ans.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Père mort à 78 ans d'une hémorragie cérébrale. Mère 81 ans, bien portante, frère 48 ans, sœur morte à 38 ans d'une affection abdominale.

Ses antécédents personnels sont une blennorragie à 20 ans.

A 23 ans un chancre sans roséole, non traité, suivi de l'apparition de plaques muqueuses cautérisées par un médecin.

Malade habitant Marseille depuis 38 ans. Pour son travail il porte des baquets de sirop tiède. Éthylisme moyen. Marié, 9 enfants dont 8 morts en naissant. Poly-létalité vraisemblablement due à de la syphilis conceptionnelle.

Le 16 mars 1895, entre à l'hôpital. Voici son histoire :

En 1880 pendant la nuit, il a eu une attaque : saignée. On s'aperçoit à ce moment-là, qu'il présente une tumeur petite mais qui grossit progressivement pour arriver au volume d'une pièce de cinq francs.

Pendant les huit ans qu'a évolué cette tumeur le malade accuse des douleurs dans la région temporale, il lui semble que des bêtes le rongent à cet endroit. Il a d'incessants bourdonnements dans les oreilles. Légère exophtalmie bilatérale. Battements intenses dans les cavités orbitaires.

A l'examen local, sur la ligne médiane, un peu plus à droite qu'à gauche, une tumeur peu saillante, large comme un écu, couverte de varicosités capillaires. La temporale droite est très dilatée et très flexueuse, la temporale gauche moins.

Cette tumeur est très dépressible, elle se vide par pression, mais se remplit dès qu'on la cesse. Elle est animée de battements isochrones au pouls.

L'auscultation fait entendre un souffle coïncidant avec les pulsations artérielles. Les artères craniennes se sentent sur le plan osseux tout autour de la tumeur et même assez loin. Ces artères paraissent s'être creusé des gouttières dans l'os et l'on perçoit les saillies osseuses limitant ces gouttières.

Température oscillant entre 36° et 37°2.

Dicrotisme très net au sphymographe.

Examen oculaire. — Un peu d'exophtalmie prédominant à droite.

Au fond d'œil les veines sont plus gorgées et plus sinueuses que celles de l'œil gauche. Le malade perçoit

des battements dans ses cavités orbitaires surtout à droite.

Les oreilles sont le siège continuel de bourdonnements. Le malade éprouve du vertige quand il est debout. Démarche d'un homme ivre. Température plus élevée le matin que le soir ; courbe thermique inversée.

Le 21 mars, ligature de la temporale droite au niveau du tragus et résection d'un demi-centimètre de cette artère, aussitôt la température s'abaisse, et le tracé devient régulier de 37°5 à 38°.

Six jours après, devant une élévation continue de la température, ligature de l'orbitaire. Le lendemain température à 37° et jours suivants.

Encouragé par ces résultats, quatorze jours après, on lie une artère du cuir chevelu, au milieu et en avant. Même résultat. Enfin, un mois après, résection d'une partie de la temporale gauche.

L'observation s'arrête là, le malade se sentant amélioré, est sorti huit jours après et n'a plus souffert pendant treize ans.

Le malade est revenu voici quelques jours pour des douleurs vives et continuelles dans la tête depuis trois mois environ, et pour une augmentation du volume de sa tumeur.

La tumeur n'est pas très volumineuse, mais les varices artérielles sont très manifestes, surtout à droite : on reconnaît les cicatrices des quatre anciennes ligatures.

Les téguments du front sont violacés. Le toucher donne une sensation de mollesse, mais on a l'impression d'une tension légère qui cède sous la pression de la main

quand on veut réduire la tumeur. Cette réduction est très simple. Dès qu'on cesse la pression la tumeur reprend vite son volume primitif et l'on voit avec netteté le sang envahir successivement les vaisseaux superficiels.

En appuyant un peu plus, on sent que le frontal est en partie détruit et érodé irrégulièrement sur une surface de deux centimètres environ.

Sur divers points on sent des encoches osseuses et spécialement sur les pariétaux qui paraissent s'écarter les uns des autres. L'érosion osseuse est fort rare, dans les anévrysmes cirsoïde, pourtant elle a été vue par Robert Depress, Gérard Marchand, Lefort et Clémot.

La compression des deux carotides fait cesser presque complètement les battements de la tumeur qui reparait lentement avec une décompression lente. Au moment de cette décompression le réseau veineux droit devient très turgescent, ce qui n'a pas lieu à gauche. Par contre, en faisant cette compression sur la carotide on sent à gauche un thrill évident.

L'auscultation fait entendre un souffle très intense qui se prolonge surtout en arrière jusqu'à 10 centimètres de la tumeur. Pas de thrill-murmur sauf celui indiqué plus haut par la pression carotidienne.

Ce souffle est perçu par le malade lui-même, qui le traduit par une onomatopée caractéristique.

Comme il y a treize ans, les auteurs n'avaient pas trouvé d'hyperthermie locale, mais des bourdonnements continuels et des vertiges tels que le malade n'ose pas se risquer seul dans la rue.

Ce qui est plus incommodant pour lui c'est la céphalée très intense et continue.

Les douleurs siègent dans la tumeur et surtout dans les tempes avec irradiations dans la nuque, où l'on perçoit le battement des deux artères occipitales. Aussi le malade ne peut guère dormir ni le jour ni la nuit, il a souvent des insomnies complètes et ses moments de sommeil ne dépassent jamais dix minutes.

Léger clangor à l'orifice aortique, orthodiagramme normal.

Pollakiurie, constipation, amaigrissement marqué depuis trois mois.

Appétit conservé mais l'alimentation redouble ses souffrances.

C'est un anévrysme cirsoïde.

Étiologiquement on pourrait admettre la syphilis comme un facteur évident associé à la notion de traumatismes répétés... sans qu'il faille éliminer systématiquement la possibilité d'un nœvus préexistant.

VI. — OBSERVATION LAGRANGE

Anévrysme de la paupière avec anévrysme de l'orbite.

Marguerite M..., 45 ans, cultivatrice de Saint-Girons-de-Blaye, vient consulter le 22 avril 1913 pour une affection oculaire et orbitaire.

Sa mère est morte d'une affection cardiaque; son père avait de volumineuses varices du membre inférieur, trois tantes paternelles mortes d'affections cardiaques.

Malade nerveuse, quelques accidents névropathiques à la suite d'une frayeur, mais santé robuste. Une fille de dix-huit ans.

L'étude des antécédents de la malade montre que l'affection a commencé à 15 ans au moment des premières règles ; à cette époque la malade constate au niveau du tiers interne de la paupière supérieure de l'œil droit une petite tumeur molle, non douloureuse, qui augmenta assez rapidement de volume.

Au moment des règles elle grossissait pour reprendre. dans les intervalles le volume d'une petite noisette. A la tumeur située sur la paupière aboutissaient de gros vaisseaux artériels pulsatiles.

Pendant trente ans cette affection s'est développée très lentement si bien que la malade ne s'en inquiéta pas, lorsqu'au commencement d'août 1901, son œil est devenu rouge, douloureux, exophtalme, larmoyant, et la tumeur vasculaire a pris le volume excessif que nous constatons à notre premier examen, le 22 avril 1901.

Nous reconnaissons ce jour-là, dans l'orbite et dans la paupière la présence de gros vaisseaux dilatés, pulsatiles, formant une grosse tumeur et présentant les caractères de l'anévrysme cirsoïde. L'œil est soulevé à chaque systole cardiaque. On entend un bruit de souffle doux, continu, à renforcement systolique.

L'œil est le siège d'une irido-choroïdite avec glaucome secondaire.

La tumeur pulsatile est-elle la cause des accidents oculaires ? Ceux-ci ont-ils au contraire entraîné dans l'affection vasculaire, une congestion excessive ? Les deux

opinions semblent acceptables, mais les accidents oculaires d'après la malade ont précédé le gonflement de la tumeur, et la deuxième explication est probablement la vraie.

Une ponction anti-glaucomeuse, un traitement médical approprié eurent en quinze jours raison de l'irido-choroïdite aiguë ; et peu à peu la tumeur vasculaire diminue pour atteindre un volume modéré.

Elle se compose de quelques gros vaisseaux venant de la tempe, et se rendant dans la paupière, où, en se pelotonnant, ils forment une tumeur cirsoïde, grosse comme une très petite noisette.

Ces vaisseaux communiquent largement avec ceux de l'orbite qui sont derrière l'œil, distendus et faiblement pulsatiles. On entend un très léger bruit de souffle qui ne disparaît pas par la compression de la carotide. L'œil est exophtalme de un centimètre environ. Il est hypermétrope de + 3 D, l'autre de plus de + 1 D.

L'hypermétrie de l'OD est explicable par la compression que subit l'œil dans son hémisphère postérieur. Après correction V. ODG = 10/10.

Fond d'œil normal.

Cette malade est intéressante parce qu'elle présente :

1° Un anévrysme cirsoïde de l'orbite et de la paupière, affection très rare ;

2° Parce que cette affection s'est compliquée d'une irido-choroïde séreuse ;

3° Parce que son développement est étroitement lié au développement de la vie génitale de la malade, ap-

parue au moment des premières règles, elle a été mensuellement influencée par elle et les troubles de la ménopause que la malade commence à éprouver semblent en accélérer le développement. On conseille l'électrolyse.

VII. — OBSERVATION DE R. FOSTER MOORE

F. R: C. S. *sur un cas*

D'ANÉVRYSME CIRSOIDE DE LA ZONE VISUELLE CORTICALE

(*Cirroid aneurysm of the visual cortex.*)

concidant avec un noevus de l'hémiface du côté correspondant

Il s'agit d'un jeune garçon de douze ans, amené par ses parents à notre consultation parce que l'œil gauche étant complètement aveugle : cécité par atrophie optique ; ils craignaient une atteinte de l'œil droit.

Ce jeune sujet présentait des anomalies congénitales des deux yeux et on lui découvre facilement une hémianopsie homonyme.

Comme il présentait un noevus sur son hémiface gauche, M. Foster Moore pensa à la possibilité d'un noevus identique siégeant au niveau de sa zone corticale visuelle.

Il demanda donc une radiographie qui montra *une tumeur vasculaire* siégeant dans la zone corticale visuelle du côté gauche.

Il posa donc le diagnostic

« *D'anévrysme cirsoide de la zone corticale visuelle gauche* ».

Lors de la discussion de cette observation, le Dr Parkes Weber signale qu'il avait observé un cas que lui a

envoyé le Dr Marcus, de l'hôpital allemand à qui l'on avait présenté une malade atteinte de cécité de l'œil gauche avec buphtalmie.

C'était une jeune femme assez forte, âgée actuellement de 28 ans, qui présentait toute une série de *nævus angiomateux de la peau*, notamment du côté gauche ; et qui avait en plus une hémiplegie spasmodique gauche d'origine probablement congénitale ou du moins remontant à l'enfance.

Quand il publia cette observation en 1922, c'était probablement la seule connue dans laquelle l'examen radiographique du crâne, pratiqué sur le sujet en vie, avait révélé la présence d'une lésion ancienne intéressant un hémisphère cérébral : probablement un hémangiome partiellement calcifié.

H. Cushing et Bailey dans leur monographie très détaillée sur les « tumeurs vasculaires du cerveau » pensent que le cas publié par Dimitri, de l'Argentine, était le premier où une radiographie du crâne montrait la présence d'un hémangiome partiellement calcifié identique au cas actuel.

Un des cas les plus détaillés de ces hémangiomes intra-crâniens — avec confirmation post-morganique — était celui décrit par Kalischer en 1901, mais la radiographie n'était pas alors une chose couramment pratiquée.

Dans le cas de Kalischer, l'hémisphère cérébral, du côté où siégeait la lésion angiomateuse, était plus petit que l'autre, ce qui cadre exactement avec les conclusions du Dr Parkes Weber lui-même.

M. Leslie-Paton précise qu'il a étudié avec le Dr Greenfield et M. Williamson-Noble un cas de maladie de Lindau, le premier cas où il pouvait décrire cette affection comme une entité diagnostiquable.

Le sujet, une jeune fille de 19 ans, avait une angiomatose rétinienne très marquée des deux yeux. Du côté de l'œil droit, elle présentait des poussées de plus en plus fréquentes d'hémorragies sous-rétiniennes ayant donné naissance à un glaucome aigu, nécessitant l'énucléation de cet œil.

Les symptômes cérébraux étaient tellement marqués que l'on a pratiqué une trépanation décompressive sustentorielle il y a quelques mois, sans trouver aucun signe de tumeur en dehors d'une hypertension intracrânienne nette.

L'évolution avait montré qu'il aurait été préférable de lui faire une décompressive sous-tentorielle.

Il a observé également avec le Dr. Juler un cas d'angiomatose marquée des deux yeux. Dans ce cas il y avait des antécédents familiaux de tumeur cérébrale : trois membres de la famille du père étant morts de tumeurs cérébrales. Un des points intéressants de cette maladie de Lindau était précisément son caractère héréditaire.

Dans l'observation du Dr Foster Moore, l'angiomatose cérébrale était de siège supra-tentoriel et dans les cas indiqués par le Dr Parkes Weber l'angiomatose était également supra-tentorielle.

Il était intéressant de noter que dans les cas de l'enfance mentionnés par le Dr P. Weber il y avait des signes certains d'*angiomatose* rétinienne ayant provoqué de la

buphtalmie, ceci montrant la corrélation de cette affection avec le glaucome aigu survenant dans le cas cité, mais naturellement dans le syndrome original de Lindau l'angiomatose était surtout cérébelleuse.

Il regrettait beaucoup que le second œil dans le cas qu'il étudie commence à présenter des hémorragies sous-rétiniennes si bien qu'il se demande s'il ne faut pas instituer un traitement radiothérapique pour conserver à ce patient ce qui reste de vision.

Le Dr P. Weber suggère aussi que l'hémangiomatose sous-rétinienne dans le syndrome de Lindau pourrait-être comparée avec la buphtalmie unilatérale qui existait dans les huit cas connus dans lesquels l'hémangiomatose cutanée et cérébrale constituait le symptôme prédominant.

La buphtalmie semble donc associée à l'hémangiomatose de la zone supra tentorielle cérébelleuse pendant que l'hémorragie rétinienne semble associée à l'angiomatose sous tentorielle réalisant l'angiomatose sous tentorielle ou syndrome de Lindau.

VIII. — OBSERVATION D'OMBREDANNE ET LECOURT

(in *Annales de la Société de laryngologie des Hôpitaux*,
mai 1931).

ANÉVRYSME CIRSOIDE DE LA LANGUE ET DU PLANCHER DE LA BOUCHE

Jeune fille de 15 ans dont la langue a augmenté progressivement de volume depuis un an, sans aucune douleur, occasionnant seulement un peu de gêne de la dé-

glutition et de la parole, elle est en outre le siège d'une désagréable sensation de battements synchrones ou poulx. Tout récemment sont apparues de petites hémorragies peu abondantes.

Il s'agit d'une tumeur battante, expansive, soufflante et siège de thrill avec dilatations vasculaires perceptibles à distance : ce sont là tous les caractères d'un anévrysme cirsoïde.

Cet anévrysme est apparu chez cette jeune fille au moment de la puberté. Il semble avoir été précédé par un angiome, car cette malade a le souvenir d'avoir eu, toute enfant, une petite cerise rouge à la pointe de la langue mais qui a disparu au bout de quelques années ; on voit au niveau de sa nuque un petit placard violacé, angiome cutané du type « tache de vin ».

L'intérêt de cette observation réside dans les particularités suivantes :

1^o Localisation exceptionnelle de l'anévrysme cirsoïde à la langue et au plancher de la bouche habituellement siège d'angiomes mous ou indurés, parfois pulsatiles, mais pas à la fois, expansifs et soufflants avec thrill et dilatation des artères en amont.

2^o Sa pathologie.

L'existence d'un angiome de la pointe qui disparaît, puis est remplacé quelques années plus tard, au moment de la puberté par un anévrysme cirsoïde développé à quelques centimètres de là, confirme certaines données classiques sur le développement de ces anévrysmes ;

3. Son pronostic grave :

La tumeur grossissant sans cesse et s'étendant à la manière d'une tumeur maligne, elle est en outre le siège de petites hémorragies déjà et elle est excoriée à sa surface imposant ainsi un traitement d'urgence.

TRAITEMENT

Inefficacité des ligatures des troncs artériels à distance et même des ligatures faites à proximité de la tumeur en cherchant à la circonscrire, le seul procédé efficace est l'extirpation avec l'hémostase de proche en proche.

Pour la langue on a proposé et appliqué de multiples traitements :

a) Injections coagulantes dans la tumeur après ligature de la jugulaire interne (Terrier, thèse agrégation 1871 et *Revue de Chirurgie* 1890) ou des injections in situ d'eau oxygénée (Mahu, *Ann. des maladies de l'oreille* 1906) ;

b) Puis on a essayé l'électrolyse (P. Laurens, *Ann. des maladies de l'oreille*, 1908) ; la diathermo-coagulation (Poyet, *Ann.* 1906) ; l'extirpation chirurgicale (Poyet, *Ann.* 1927) ; la radiothérapie (Bloch et Lemoine, *Ann.* 1929) ; mais ces méthodes convenaient surtout à des angiomes et non pas à des anévrysmes cirsoïdes.

On propose :

1° La ligature de la carotide externe du côté ou siège l'anévrysme cirsoïde combinée à une ligature de la linguale et de la faciale du côté opposé comme premier

temps ; puis extirpation chirurgicale dans un deuxième temps ayant pris toutes les précautions au point de vue hémostase sans recourir à la diathermo-coagulation ;

2° Lier préventivement le tronc thyro-linguo-facial pour éviter une embolie et pratiquer dans la tumeur une ou plusieurs injections sclérosantes de quinine-urée.

IX. — ANEVRYSMES CIRSOIDES DE LA LANGUE ET DU PLANCHER DE LA BOUCHE

PAR A. HAUTANT ET M. OMBRÉDANNE.

Jeune fille de 19 ans présentant une tumeur de volume d'un œuf siégeant au niveau de la partie moyenne et de la base de la langue, débordant sur la moitié droite du plancher de la bouche. Tumeur battante expansive, soufflante avec thrill, souffle et dilatations vasculaires perceptibles à distance.

Cet anévrysme a été traité en une seule séance sous anesthésie générale par la méthode suivante :

1° *Ligatures vasculaires.*

a) De la carotide externe gauche ;

b) De la carotide externe droite, de la jugulaire interne et du tronc thyro-linguo-facial droits ;

c) Découverte d'une volumineuse tumeur vasculaire rappelant l'aspect du tissu thyroïdien siégeant sur le tronc thyro-linguo-facial gauche étendue de la langue à la jugulaire. Aucune résection n'est pratiquée de cette tumeur battante, violacée, à parois minces.

2° *Injectons sclérosantes.*

De 8 cc. d'une solution de quinine-urée à 7,50 % pra-

tiquée dans la tumeur linguale et dans le plancher par 6 ou 7 ponctions rayonnantes.

SUITES OPÉRATOIRES.

a) Immédiates : très simples, sans aucune complication embolique ni infectieuse ;

b) Tardives : le septième jour, hémorragie veineuse d'une abondance extrême, se produisant au niveau d'une vaste dilatation ampullaire du tiers moyen du bord droit de la langue. Devant la difficulté de pincer le vaisseau qui saigne, on pratique une ligature musculo-vasculaire, en masse au catgut. Une transfusion de 500 cc. est nécessaire par l'état d'anémie marquée de la malade.

c) Ultérieurement à trois ou quatre reprises de petites hémorragies, se produisant à chaque point de ponction sans gravité.

Actuellement : La malade est opérée depuis huit mois. Elle n'a plus eu d'hémorragies. Sa tumeur a régressé de moitié et n'est plus ni battante, ni soufflante. De plus, la dilation vasculaire et l'éréthisme des vaisseaux du cou ont totalement disparu. La tumeur veineuse du tronc thyro-linguo-facial gauche n'est plus perceptible.

CONCLUSIONS

1. *L'anévrysme* cirsoïde de la face présente la même symptomatologie que l'anévrysme cirsoïde en général, mais, du fait de son siège, il s'accompagne fréquemment d'une part de bourdonnements, de vertiges, traduisant les répercussions auriculaires de cette affection et d'autre part de complications oculaires variés, celles-ci se rencontrant surtout dans l'anévrysme cirsoïde de la paupière supérieure ;

2. Au point de vue anatomo-pathologique les artères se veinisent, tandis que les veines s'artérialisent avec cette particularité cependant que l'anévrysme cirsoïde se développe exclusivement aux dépens des capillaires dilatés, jamais aux dépens des gros troncs vasculaires ;

3. Étiologiquement, si on doit accorder une certaine valeur au traumatisme, cause favorisante, il importe de faire des réserves quant à une étiologie spécifique possible ainsi qu'en témoignent les antécédents des malades et la positivité de leurs réactions sérologiques ;

4. L'anévrysme cirsoïde se reconnaît au fait qu'il constitue une tumeur pulsatile, douée de battements et d'expansion et s'accompagnant d'un souffle systolique décelable à l'auscultation. Il se présente parfois sous un

aspect d'emprunt se manifestant, par exemple, par des complications oculaires ou de symptômes auriculaires à type de bourdonnements ou de vergiges ;

5. Son *évolution* reste dominée par la survenue possible d'hémorragies, parfois petites et répétées, d'autres fois plus graves assombrissant ainsi le pronostic.

Mais le pronostic est d'emblée beaucoup plus grave dans les cas d'anévrysmes cirsoïdes compliqués, associés par exemple à un anévrysme artério-veineux, l'asystolie constituant l'étape ultime de l'évolution de ces formes compliquées ;

6. Le *diagnostic* positif sera basé sur l'existence d'une tumeur pulsatile, battante, douée d'expansion et de souffle, siégeant au niveau des capillaires.

Quant au diagnostic différentiel, s'il faut éliminer un eycéphalocèle, une tumeur anévrysmale artérielle banale, il faut surtout les différencier de l'anévrysme artério-veineux, les cas ne sont pas rares où il y a association des deux affections ;

7. Le *traitement* sera surtout chirurgical. Ce sera l'extirpation de la tumeur anévrysmale précédée de la ligature de la carotide externe associée à celle de la jugulaire. Tout récemment on a préconisé des injections sclérosantes de quinine-urée en solution à 7,50 % ces injections faites après hémostase préalable n'ayant entraîné aucune embolie. La diathermo-coagulation a donné quelques résultats satisfaisants.

8. Mais *ce qui fait l'intérêt* de l'anévrysme cirsoïde de la face c'est la coexistence fréquente de tumeurs vasculaires intra-craniennes révélées par la Radiographie que

l'on pratiquera systématiquement au cours de tout anévrysme cirsoïde de la face. Ces hémangiomes intra-craniens se révélant parfois par une amaurose unilatérale associée à une hémianopsie homonyme et aggravant considérablement le pronostic de l'anévrysme cirsoïde de la face.

Vu le doyen
BALTHAZARD

Vu le Président
LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ANEVRYSME CIRSOIDE DE LA FACE

- CHALOT — « De la ligature des troncs artériels dans les anévrismes cirsoïdes de la face », *Rev. prat. de trav. de méd.*, t. LIII, p. 203, Paris, 1896.
- DEREVENKO (V.-N.). — « Operative treatment of cirroid aneurism of the face and skull », *Russk. Khir. Arkh. s. peterb.*, t. XXV, pp. 373-404, 1909.
- FROELICH. — « Anévrysme cirsoïde du front », *Soc. de méd.*, p. 132, Nancy, 1906.
- LAGRANGE. — « Exophtalmie pulsatile consécutive à un anévrysme cirsoïde de l'orbite et de la paupière », *Mém. et bull. soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, pp. 148, 150, 1902-1903.
- FOSTER MOORE. — « Cirroid aneurysm of the visual cortex », *Proceed. of the royal soc.*, p. 950, n° mai 1929.
- NELATON. — « Cas d'anévrysme cirsoïde de la région temporale traité par l'extirpation unie à la ligature de la carotide externe », *Bull. et Mém. soc. de chir. de Paris*, 1897, N.S., XXIII, pp. 36-40.
- PLUYETTE (E.) et COUSIN (A.). — « Anévrysme cirsoïde de la région frontale », *Marseille méd.*, 1 pl., t. XXVI, pp. 97-104, 1909.
- ROUX (G.). — « Anévrysme cirsoïde de la région temporale droite, dilata-tions nombreuses et volumineuses des artères de la face et du crâne du même côté, ablation de la tumeur précédée de la ligature de la carotide externe, guérison », *Marseille Médical*, t. XXXIV, p. 481, 1897.
- OMBRÉDANNE ET LECOURT. — « Anévrysme cirsoïde de la langue et de la bouche », *Annales d'oto-rhino-laryngologie*, mai 1930.
- PETIT DUTAILLIS (D.). — « L'Anévrysme cirsoïde », *P.M.C.*, (Pratique midico chirurgicale).
- HAUTANT ET M. OMBRÉDANNE (A.). — *Anévrysme cirsoïde de la langue et du plancher de la bouche.*

